Rok XXXIII. Kraków 17. Lutego 1894 r. **Nr. 7.**

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr.	80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{2}$ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45. z r. 1893).

Oddawna już wiemy o tem, iż wszelki ustrój zdolny jest do tworzenia podobnych i pokrewnych sobie ustrojów; wypowiedziane też przez Linneusza zdanie: *natura non fecit saltus*, potwierdza się codziennie w światach roślinnym i zwierzęcym. Haeckel[1]) powiada, iż odradzanie się czyli wytwarzanie potomstwa jest stałą i właściwą cechą każdego żyjącego organizmu, dzieci zaś podobne są zwykle do swoich rodziców. Pomijając nieliczne zboczenia i wyjątki, fizyczny ustrój potomstwa w przeważnej liczbie przypadków przedstawia niejako odbicie, odźwierciedlenie się rozmaitych cech i właściwości rodziców, z tą jednak różnicą, iż niektóre dzieci odziedziczają właściwości fizyczne po ojcu, inne zaś wykazują cechy fizyczne przypominające matkę; najczęściej jednak potomek odziedzicza od obojga rodziców właściwości ich wspólne, wtedy napotykamy u dziecka połączone w rodzaj amalgamatu fizyczne cechy ojca i matki. Odziedziczanie przez potomstwo cech fizycznych, właściwych rodzicom, jest następstwem połączenia się dwóch komórek pochodzących od ojca i matki (zapłodnienie jajka przez komórkę ojcowską); nic więc dziwnego, jeśli połączenie i zlanie się organiczne obojga różnopłciowych komórek prowadzi za sobą w następstwie wytworzenie się młodego organizmu, który przypominać będzie swój pierwowzór, t. j. właściwości fizyczne ojca i matki powinne odtwarzać się w nowym ustroju, albowiem komórka nasienna przynosi z sobą odrębne fizyczne cechy ojcu właściwe, komórka zaś żeńska, jajko, przekazuje dziedzicznie potomstwu właściwości ustroju matki. Przewaga odziedziczenia fizycznego bywa niekiedy po stronie jednego z rodziców; najczęściej jednak, jak to wyżej powiedzieliśmy, napotykamy w ustroju potomstwa zmięszane z sobą cechy fizyczne ustrojowe obojga rodziców.

Na drodze też odziedziczenia potomstwu od rodziców mogą przypaść w spadku pewne zboczenia i wady morfologiczne ustroju, jakoteż chorobowe zmiany tkanek; w ustroju więc dziecinnym wkrótce po urodzeniu mogą powstać zmiany i stany patologiczne, podobne do tych, którymi dotknięci byli podczas zapłodnienia rodzice. W ogólności przyjęto określać mianem dziedzicznych tylko takie stany chorobowe ustroju, które przenoszą się wraz z chorem nasieniem lub jajkiem przy zapłodnieniu (pewne wadliwe właściwości tkanek i organów, zołzy, krwotoczna dyateza, gościec, dna, kiła i t. p.); niektóre zaś choroby inną też drogą mogą się udzielać od rodziców potomstwu; mianowicie tyczy się to ostrych chorób zakaźnych (ospa i inne), które drogą łożyskowego obiegu krwi mogą się przenieść z matki na potomstwo. Co się zaś tyczy kiły, to jakkolwiek poglądy nasze w sprawie jej odziedziczenia z biegiem czasu cokolwiek wyjaśniły się, w kwestyi jednak oznaczenia udziału, jaki przypada obojgu rodzicom w przekazywaniu dziedzicznem kiły dzieciom, dotychczas nie osiągnięto zgodnego i jednomyślnego porozumienia się w szczegółach.

Wychodząc ze stanowiska czysto teoretycznego, należy sądzić, iż dzieci, dotknięte kiłą dziedziczną, z dwu źródeł mogą otrzymać przyrzut chorobowy: z jajkiem lub nasieniem, zawierającem przyrzut kiłowy w chwili zapłodnienia, lub już też po zapłodnieniu przyrzut kiłowy może dostać się ze krwi matki kiłowej wprost do obiegu krwi płodu przez krążenie w łożysku. Przeniesienie się kiły na płód z jajkiem zakażonem chorej poprzednio matki lub też przez zakażenie zdro-

[1]) Haeckel. Anthropogenie oder Entwicklungsgeschichte des Menschen. Leipzig 1874. pag. 158.

wego jajka nasieniem, do którego jest domięszanym przyrzut kiłowy, należy uważać za ścisłe odziedziczenie kiły; kiła zaś potomstwa, powstająca jako wynik zakażenia płodu przez krążenie łożyskowe od matki, nie powinna być nazywaną „dziedziczną“, lecz właściwie „wrodzoną“ (Kaposi)[1]).

Do niedawna jednak wymienionych terminów używano rozmaicie i dowolnie: mianowicie dawniej najchętniej używano określenia kiła dziedziczna, w ostatnich zaś czasach pod wpływem nowego prądu bakteryologicznego zaczęto wystrzegać się terminu dziedziczny, natomiast częściej używano określenia kiła wrodzona; Krówczyński[2]) unika stanowczo wyrazu kiła dziedziczna i posługuje się w swoim podręczniku wyłącznie określeniem kiła wrodzona, co poniekąd nie jest zawsze słusznem.

Po wypowiedzeniu tych kilku krótkich uwag ogólnych, wypada nam przejść do szczegółowego rozpatrzenia przyczyn i sposobów powstawania kiły dziedzicznej i wrodzonej; na wstępie zaraz napotykamy cały szereg kwestyj, które nam trzeba po kolei wyjaśnić, rozpatrując się we właściwem piśmiennictwie; na początku zastanówmy się nad kwestyą udziału, jaki przypada obojgu rodzicom w przekazywaniu kiły swym dzieciom. Ogólnikowa ta kwestya składa się z kilku pomniejszych, które dają się ułożyć w szereg następnych pytań, na które postaramy się odpowiedzieć kolejno:

a) czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca bez udziału matki?
b) jaki udział przypada matce w sprawie przekazywania kiły potomstwu?
c) w jakim okresie i w jakich okolicznościach kiła rodziców udziela się potomstwu?
d) stan zdrowia matki, wydającej na świat dzieci kiłowe, z ojca kiłowego spłodzone? czy kiłowy płód może zarazić matkę?
e) przebieg i charakter kiły potomstwa w stósunku do stanu zdrowia rodziców?

1) Czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca, bez udziału matki?

Z dawniejszych syfilografów Paracelsus[3]) pierwszy oświadczył się za pochodzeniem kiły dziedzicznej potomstwa od ojca (*transit a patre ad filium*); prawie współcześnie spotrzegano już niejednokrotnie przypadki, w których matka, spłodziwszy dziecko kiłą dotknięte, pozostawała pomimo to zdrową i wolną od wszelkich objawów kiłowych; w wymienionych przypadkach więc wypadało pochodzenie kiły dziecka przypisać chorobie ojca. Spostrzeżenia w tej mierze podali Wiktor Trincavellius[4]) i Amatus Lusitanus[5]); Trincavellius opisał przypadek, tyczący się kiłowego prawnika w Padwie, który spłodził dziecię, dotknięte wkrótce po urodzeniu wrzodami swoistymi, aczkolwiek matka pozostała zdrową i nie okazywała żadnych oznak kiły; w podobnym też przypadku Lusitanusa dziecię spłodzone przez ojca dotkniętego kiłą udzieliło swej choroby piastunce.

[1]) M. Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart, 1891. pag. 367—368.
[2]) Z. Krówczyński. Syfilidologia. Kraków, 1883. str. 325. i następne.
[3]) Paracelsus. De causis et origine luis gallicae Lib. II. cap. XVI. pag. 184.
[4]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1862. III. 4. pag. 512.
[5]) l. c. p.; także Behrend's Syphilidologie. N. R. 1861. III. 2. pag. 167.

Astruc[1]), nie zaprzeczając bynajmniej możliwości przekazywania kiły przez matkę potomstwu, głównego winowajcę odziedziczonej przez dziecko kiły upatruje jednak w ojcu; powiada on, iż „kiłowy ojciec płodzi niekiedy dzieci dotknięte wrzodami i niewątpliwie kiłowe, chociażby matka była zdrową lub przynajmniej wolną od wszelkich objawów kiłowych“; dodaje nadto, iż wydaje się, jakoby jad kiłowy, zakażający zarodek, nie był w stanie wywołać właściwych zmian w ustroju matki[2]). Wymieniony autor zaznacza więc wyraźnie, że kiła może udzielać się potomstwu za pośrednictwem ojcowskiej komórki, względnie nasienia zakażonego kiłą.

Swediar[3]) dalej postępuje w oznaczonym kierunku, albowiem, wyznaczając ojcu wyłączny udział w sprawie przekazywania kiły potomstwu, zaprzecza stanowczo, iżby matka mogła wywierać jakikolwiek wpływ na płód w tym względzie. Przekazywanie dziedziczne potomstwu od ojca kiły tłómaczy on zakażeniem jajka przez nasienie, zawierające przyrzut kiłowy. Wszakże teoretyczne dowodzenia Swediara, wykluczające wszelki udział matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu, trudno uznać za przekonywające, ponieważ ograniczają się one na zaznaczeniu okoliczności, iż dzieci spłodzone z kiłowego ojca zapadają na kiłę nie zaraz po urodzeniu, lecz dopiero po upływie niejakiego czasu, co też zdaniem Swediara ma niby zaprzeczać wpływowi matki na chorobę dziecka (?). Oprócz jednak teoretycznych rozumowań, przytacza Swediar na poparcie swego zdania ciekawy przypadek, tyczący się pewnego dragona, który podczas zapłodnienia swej żony cierpiał na owrzodzenie kiłowe w przełyku; żona jego zawsze była zdrową i nie wykazywała żadnych zgoła objawów wenerycznych; pomimo to urodziła dziecko, które po upływie kilku tygodni dostało wrzodów kiłowych w przełyku (l. c. pag. 11). Poglądy Swediara znalazły wkrótce wielu zwolenników, z których wymienimy tu: Bertina[4]), Haasego[5]), Lallemanda[6]), Boehra[7]), Guérarda[8]), Bonordena[9]), Collesa[10]), Simona[11]), Cederschjölda[12]), Nevermanna[13]), Mayo[14]), Actona[15]), Baumesa[16]), Cazenavea[17]), Thierfeldera[18]), Maenickego[19]) i Polliego[20]).

[1]) Astruc. Traité des mal. vénériennes. IV. édit. 1764. II. p. 8.
[2]) »un père, qui a la vérole, engendre quelquefois des enfants véritable vérolés et couverts d'ulcères, quoique la mère soit saine ou du moins sans aucun signe manifeste de vérole, comme si le virus, qui infecte l'embryon, était incapable de faire impression sur le corps de la mère....« l. c.
[3]) Swediar. Traité complet des maladies syphilitiques. Paris, 1801. II. pag. 90.
[4]) Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les enfants noveau-nés Paris. 1810. pag. 163. observ. XIII.
[5]) Haase. Dissertatio de Syphilidis recens neonatorum pathogenia commentatio. Lipsiae. 1828. pag. 14.
[6]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 3. pag. 423.
[7]) Hacker's Annalen literar. 1830. Juli.
[8]) Siebold'sches Journal. 1831. X. §. 353. Stück 3.
[9]) H. F. Bonorden. Die Syphilis. Berlin. 1834. pag. 393, 395—396.
[10]) Coles. Prakt. Bemerk. über venerische Krankheit. Hamburg. 1839. pag. 254—255.
[11]) Preuss. Vereins Ztg. 1834. 49, 50; Ricord's Lehre. Hamburg 1851. II. pag. 219.
[12]) Tijdskrift för Läkare. 1840. VII. 10. pag. 392.
[13]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. pag. 69.
[14]) H. Mayo. Treatise on Syphilis. London. 1840; Behrend's Syphilidologie. 1844. VI. pag. 306—307.
[15]) Behrend's Syphilidologie. 1841. III. pag. 581—582.
[16]) Behrend's Syphilidologie. 1842. IV. pag 63—64.
[17]) Traité des syphilides. Paris. 1843. pag. 138.
[18]) Schmidt's Jahrbücher. 1844. XLI. 1. pag. 53,
[19]) Tamże. 1844. XLIV. 3. pag. 312—313.
[20]) Annali universali di medicina. 1847. CXXIII. pag. 5—43.

W przypadku, spostrzeganym przez Bertina, zdrowa kobieta, wyszedłszy za mąż za zdrowego mężczyznę, miała z nim czworo zdrowych dzieci; wstąpiwszy zaś w powtórne związki małżeńskie z człowiekiem cierpiącym na kiłę urodziła piąte dziecię, u którego atoli wkrótce po urodzeniu pojawiły się rozmaite przypady kiłowe, mimoto matka pozostała i nadal zdrową. Haase nadmienia o 4 przypadkach, w których dzieci nawiedzone przypadami kiły dziedzicznej, były spłodzone przez zdrowe matki; podobne przypadki opisali też Boehr i Guérard; Colles twierdzi, iż nawet ukryta kiła ojca może w następstwie prowadzić za sobą kiłę dziedziczną potomstwa. Cederschjöld często spostrzegał, iż z matek zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiłowych rodziły się dzieci, u których wkrótce po urodzeniu pojawiały się rozmaite przypady swoiste kiły: osutki na skórze, wrzody i t. p. W opisanym przez Mayo przypadku ojciec, cierpiący na kiłę, spłodził ze zdrową matką dziecię, które wkrótce po urodzeniu zapadło na kiłę, matka zaś pozostała zdrową. Acton i Baumes, nie zaprzeczając bynajmniej, iżby kiła matki udzielać się mogła potomstwu, wypowiadają przekonanie, iż niekiedy ojciec może zakazić płód nasieniem kiłowem, matka zaś może pozostać zdrową; na poparcie swego zdania przytacza Acton trzy przypadki [1]).

Komisya szwedzka, zastanawiająca się nad kwestyą dziedziczenia kiły, orzekła w roku 1848, iż w wielu przypadkach zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły matki płodzą z kiłowymi ojcami dzieci, u których występują objawy kiły dziedzicznej [2]). Bottex [3]) podaje opis dwóch przypadków, w których matki nie przedstawiające żadnych oznak kiły, wydały na świat dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, ojcowie zaś niedawno przed ożenieniem się przebywali kiłę. Podobne też przypadki spotrzegali i opisali: Scharlau [4]), Goussail [5]), Campbell [6]), Rüther [7]) i Müller [8]). Düsterberg [9]) opisał ciekawy przypadek, tyczący się pewnej wdowy, która z pierwszego małżeństwa miała troje zdrowych dzieci, wyszedłszy zaś powtórnie za mąż i pozostając nadal zawsze zdrową i wolną od kiły, wydała następnie na świat kiłowe dziecię; okazało się, iż drugi mąż, ojciec ostatniego dziecka, cierpiał podczas miodowych miesięcy na rozmaite przypadłości kiłowe. Zdaniem Behrenda [10]) ojciec, dotknięty ogólną kiłą, chociażby na częściach płciowych nie miał żadnych objawów swoistych, może wszakże spłodzić ze zdrową kobietą dziecię, które później zapada na kiłę dziedziczną; matka zaś może nadal pozostać zdrową i niezakażona. Na poparcie swego zdania przytacza Behrend sześć opisanych szczegółowo przypadków, w których kiła dzieci pochodziła niezawodnie od ojca, matka zaś nie przedstawiała żadnych oznak kiły. Według Behrenda kobieta, dotknięta kiłą ogólną, nie może zajść w ciążę i pozostaje niepłodną. W przypadku Depaula [11]) zdrowa kobieta urodziła dziecię dotknięte pęcherzycą kiłową (*pemphigus syphiliticus*), zwyrodnieniem grasicy (*thymus*) i guzami kilakowymi w płucach; winowajcą choroby dziecka był ojciec, który przed zapłodnieniem matki cierpiał na rozmaite objawy kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Schmidt's Jahrbücher. 1845. XLVIII. 1. pag. 41.
[2]) Svenska läkaresällskapets nya Handlingar. 1848. VII; Oppenheim's Zeitschr. f. gesam. Medicin. 1850. XLIII. pag. 498—501.
[3]) Behrend's Syphilidologie. 1839. I. pag. 589—590.
[4]) Casper's Wochenschrift. 1841. 11. pag. 166.
[5]) Journal de médecine et de chirurg. de Toulouse. 1842/43. IV. pag. 97; L'Union médicale. 1851. 134.
[6]) London and Edinb. monthly Journal. 1844. pag. 514.
[7]) Oesterreich. medicin. Wochenschrift. 1845. 21. pag. 886.
[8]) Graevell's Notizen. 1848. I. pag. 293.
[9]) Schmidt's Jahrbücher. 1841. XXXII. pag. 296.
[10]) Arch. f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1. pag. 22—32; 2. pag. 233—244, 246.
[11]) Gazette des hôpiteaux. 1851. 50, 51.

II. Kilka uwag o cholerze na tle epidemii w Kołomyi w roku 1893.

Podał
Dr. Władysław Piaskiewicz,
lekarz miejski w Kołomyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

3) Ażeby usuwać jak najrychlej ogniska zarazy z pośród mieszkańców miasta i ze względów humanitarnych, zbudowała Kołomyja w miejscu ustronnem, opodal śródmieścia, szpital choleryczny; po wygaśnięciu cholery ma on być szpitalem dla chorób zakaźnych w ogólności. Jestto budynek drewniany, około 30 metrów długości mający, z środkiem wystającym, mający po bokach dwa skrzydła, z których jedno zawiera salę dla mężczyzn, drugie dla kobiet, razem na 30 łóżek, lecz w razie potrzeby 60 chorych znaleść w nim może jeszcze odpowiednie schronienie. Srodek budynku mieści kuchnię, pokój dla lekarza, osobny dla służby, dwie ubikacye na przenośne klozety hermetyczne i korytarz łączący obydwie sale chorych. Wentylacya, światło, objętość jest w nim należyta a odpowiednie piece żelazne i podwójne ściany czynią zadość wymaganiom pod względem ciepła. W podwórzu obszernem osobny budynek z wchodem z jednej strony do pralni, z drugiej do osobnej trupiarni; tak tu, jak i tam posadzka cementowa daje się dokładnie oczyszczać. We środku podwórza duża jama cementem wyłożona, służąca na zlewki po chorych i z pralni; do jamy tej wrzuca się co kilka dni niegaszone wapno, pokryta jest wiekiem pobitem blachą, opodal wychodek dla zdrowych osób a z daleka od tego wszystkiego studnia z pompą i to wszystko ujęte parkanem i sztachetami; to już cały nasz szpital. Plan i wykonanie budynku uskuteczniło tutejsze biuro techniczne miejskie a ja dodam, że wybudowało szpital dobry, wygodny i tani. Koszta budynku (bez placu) wynoszą 3298 złr. a urządzenie na 30 łóżek 500 złr. Szpital ten oddał nam w czasie epidemii rzetelną usługę, bo z ogólnej liczby chorych 110 znalazło w nim pomieszczenie 37. Przez półtrzecia miesiąca wyniosły koszta dyet dla lekarzy 1159 złr., płaca dla służby 800 złr. (oprócz służby w czasie cholery przez cały rok mieszkał stały dozorca), pożywienie dla chorych oprócz apteki 808 złr. Te wydatki znaczniejsze opłaciły się jednak sowicie, bo 37 chorych zakażając swoje otoczenie w mieście, wywołałoby nieobliczalne straty materyalne i moralne. Chorych tych 37 przepędziło razem dni w szpitalu 185; więc na jednego chorego wypada średnio po 5 dni a koszta utrzymania jednego chorego przez jeden dzień czynią 12 złr. 95 ct. a przez cały czas choroby 74 złr. 78 ct.

Śmiertelność w szpitalu 65% wynosząca, a zatem większa od ogólnej, tłómaczy się tem, że umieszczano w nim osoby ze sfery najuboższej, materyalnie i moralnie podupadłej, często nałogowych pijaków.

Szpital taki stałby się bezwątpienia jeszcze pożyteczniejszym, gdyby u nas był przymus szpitalny względny, to

znaczy, że udać się do szpitala musi każdy taki chory, którego choroba z uwzględnieniem stósunków rodziny i najbliższego otoczenia stanie się niebezpieczną dla drugich według zdania znawców.

4) Dodawszy do poprzedniego zorganizowane pogotowie sanitarne, niepokojone często fałszywymi, rzadziej prawdziwymi alarmami, składające się z lekarza, pomocników i policyi wraz z przyborami, jak: wóz ambulansowy, kilka par krytych noszy, apteczka podręczna i t. p. wyczerpuję tym sposobem mniej więcej wszystkie ważniejsze środki, z którymi wystąpiła Kołomyja do walki z cholerą, bo inne usiłowania tutejszej gminy, tyczące się usunięcia nieczystości z miasta, doprowadzenia do porządku publicznych zakładów takich, jak piekarnie, fabryki wody sodowej i t. p. mają ogólne znaczenie asanacyjne.

IV. Wpływ terenu na rozszerzanie się i trwanie cholery.

Desinfekcya i izolacya w każdym przypadku cholery, o ile tylko można, jak najdokładniej przeprowadzone, nie wszędzie odniosły ten sam skutek zapobiegawczy. W pewnych okolicach miasta nowo powstałe ognisko kończyło się nie rzadko na jednym lub kilku przypadkach; w innych zaś, mimo jak największej pedanteryi przy użyciu tych samych środków, wlokła się epidemia z domu do domu lub przeskakiwała o kilka domów dalej, zataczając coraz szersze okręgi. Może teren, na którem leży miasto, potrafi wytłómaczyć to zjawisko. Kołomyja rozsiadła się po lewej stronie Prutu na dwóch płaszczyznach, z których niższa, mniejsza zajmuje południową część miasta bliżej rzeki a obydwie względem siebie tworzą dwie terasy. Niższa z nich ma grunta mokre a w niektórych punktach moczarowate, bagniste. W tych właśnie bagnistych częściach przedmiejskich cholera srożyła się najbardziej i najtrudniej dawała ograniczać. Mamy tu dwa poważne, a szczególnie jedno z nich, ogniska cholery, z których jedno bezpośrednio koło bagna obejmuje 47, drugie zaś przy ulicy Karpackiej na nie tak mokrych gruntach 13 przypadków, podczas gdy z 20 razy zaniesionych ognisk na wyższą terasę najliczniejsze 6 (i to w jednym domu) objęło przypadków a 10 z nich ograniczyło się do jednego.

Dzieje się to zapewne z tych samych przyczyn, dla których cholera, pojawiwszy się w dwóch rodzinach, liczących n. p. każda 10 osób, żyjących wśród tych samych złych warunków i nie mających pojęcia o desinfekcyi, w jednej poprzestaje na jednej ofierze, w drugiej zaś zabiera kilka osób. Potrzeba jakiejś skłonności szczególnej, pewnych ściśle indywidualnych własności ustroju, by się nabawić cholery. A co się dzieje pod jednym dachem, to przez analogię przenieść można na szersze pole, na całą pewną okolicę odrębną a co się dzieje w jednej rodzinie, odnieść nie będzie niestósownie do całego grona podobnych rodzin zamieszkujących taki sam teren i można powiedzieć, że okolica nizka, bagnista czyni mieszkańców mniej, okolica zaś sucha, wyżej położona więcej odpornymi na zarazek choleryczny. Zapewne, nie jest to ściśle naukowe, wyczerpujące twierdzenie, dogadzające żądzy zbadania dokładnie zjawiska, ale wobec ciemnych kart w biografii, że się tak wyrażę, cholery i rzeczy doświadczeniem stwierdzone miewają swoje znaczenie. Wszak i pismo św. mówi: „po skutkach ich poznacie je“. Ja na podstawie doświadczenia twierdzę, że tak a inni niech wytłómaczą dla czego. Co do siebie wyznaję, że lokalistyczno-przyrzutowa teorya Naegelego, jeszcze najbardziej przemawiająca do mego przekonania, nie zupełnie mi to zjawisko tłómaczy, nawet gdyby się alkalicznemu oddziaływaniu soku żołądka tak ważną rolę przyznało.

Najniższym punktem tej południowej płaszczyzny miasta jest tak zwane: Bagno Nadworniańskie, które muszę nieco bliżej opisać. Bagno samo jako takie zajmuje około 8350 metrów kwadr. powierzchni, lecz mokre grunta otaczające bagno i należące do tej samej niziny, są kilkadziesiąt razy większe i poczynając się na południu od młynówki, ciągną się w poprzek ulicy Sobieskiego, na północ aż pod ulicę Folwarczną a przez ulicę Jabłonowskich ku zachodowi po obydwóch stronach ulicy Karpackiej. Wśród bagien samych, z dwóch stron niemi ujęta, położona jest ulica Nowickiego przecinając je w poprzek ku południowi. Moczarowaty teren zamienia się tuż pod szeregiem gęsto i źle zabudowanych domków przy ulicy Sobieskiego w rodzaj stawu bez odpływu, podchodzącego pod same podwórza a nawet częściowo je zalewającego. Tych właśnie domków mieszkańcy byli najczęściej nawiedzani cholerą.

Jest wielkie prawdopodobieństwo, że wydzieliny chorych mimo surowego zakazu i ciągłej baczności dostawały się do bagna przez wylewanie ich na podwórza lub wprost do wody a w każdym razie stać się to mogło w tym początkowym okresie choroby, kiedy jeszcze władze sanitarne ani świadomości nabrać ani zaopiekować się zakażonym domem nie były w stanie.

Już przed wybuchem cholery ze względów ogólnie zdrowotnych było Bagno Nadworniańskie przez długi czas przedmiotem wielkiej troski tutejszego magistratu a tylko opór właścicieli gruntów był przeszkodą do ich osuszenia. Gdy jednak epidemia obecna wybrała na swe wylęgowisko owe moczary, magistrat przystąpił nie zważając już na opór właścicieli gruntów na mój wniosek dnia 27. Sierpnia do desinfekcyi wód i błot stojących za pomocą niegaszonego wapna a następnie dnia 10. Września 1893. do wykopania rowów odwadniających z takim skutkiem, że już z końcem tego samego miesiąca główne bagno można było uważać za osuszone. W tym celu okazała się potrzeba wykopania rowów ogólnej długości 1180 metr., wapna zaś spotrzebowano do desinfekcyi 40 centnarów metrycznych. Praca ta asanacyjna wywarła na przebieg epidemii w ogólności skutek pomyślny a poważne obawy, podzielane przez niektórych znawców, by przez ruszenie bagna podczas trwania epidemii nie zwiększyć jej nasilenia, nie sprawdziły się. Statystyka w tej sprawie dostarcza nam dat następujących, tyczących się najbliższej okolicy bagna. Przed osuszeniem bagna zaszło w okolicy, o której mowa, od 17. Sierpnia do 10. Września t. j. w 24. dniach epidemii 25 przypadków cholery, w czasie od 10. do 20. Września po wykopaniu rowów t. j. w okresie jeszcze wilgoci, choć stopniowego osuszania się terenu, mieliśmy 10 przypadków choroby, od 20. do 30. Września zaś t. j. w okresie, kiedy gleba widocznie już podeschła, zachorowało tamże 6 osób. Od dnia 30. Września do końca epidemii nikt w tej okolicy nie zachorował.

Z tego wynika, że ruszanie śmiecisk, gnojowisk, odwadnianie bagien i t. p. nie jest, jak niektórzy sądzą, przeciwwskazanem; należy je tylko dobrze desinfekcyonować. Że droga wodna jest niezłym gościn-

cem dla pochodu cholery, epidemia nasza dostarcza w tym względzie dwóch dowodów. Dwa razy bowiem za wystąpieniem cholery nad brzegiem młynówki (w jednym razie przekonałem się, iż matka zanieczyszczoną bieliznę chorego dziecka prała w niej i do niej wylewała wydzieliny chorego), po kilku dniach pojawiła się cholera w domostwach o kilometr odległych od miejsca zakażonego u osób, które absolutnie z domem zakażonym tym ani innym styczności nie miały, które jednak nad tą samą młynówką mieszkały.

V. Wpływ ciepłoty i opadów atmosferycznych.

Tablica graficzna przeze mnie zrobiona a podająca czas, średnią ciepłotę dnia, wielkość opadów atmosferycznych i ilość dzienną przypadków cholery, przemawia za tem, że większe opady przy odpowiedniej ciepłocie towarzyszą lub nieco poprzedzają liczniejsze pojawienie się przypadków cholery, co jest tylko potwierdzeniem szczegółu przez bardzo wielu już dostrzeżonego.

VI. Leczenie.

Co do leczenia cholery, nie wiele w tem sprawozdaniu mam do powiedzenia. Procent śmiertelności, jaki epidemia Kołomyjska wykazuje w porównaniu z procentem śmiertelności różnych miast i szpitali, w których używano nowszych, polecanych sposobów leczenia cholery, daje niezbity dowód, że leczenie dotychczasowe, jakieby ono nie było, daje wyniki niebardzo pomyślne, wszędzie mniej więcej jednakie. Po owych, tyle polecanych enteroklizach i hipodermoklizach w przypadkach ciężkich, nie widziałem ocalenia chorego, a lżejsze przypadki i bez tego pomyślne zakończenie się zapowiadały. Jeszcze makowiec w dużych dawkach, obwijania hidropatyczne w ciepłe prześcieradła i koce i środki podniecające, najwięcej zasługują na zaufanie.

Co do powikłań rzadszych nadmieniam, że na 110 przypadków widziałem 4 razy w późnych okresach tak zwanego tyfoidu cholerycznego zmiany odżywcze na rogówce w postaci wrzodów płytszych i głębszych, raz jeden nastąpiło w skutek tego przedziurawienie rogówki i wrośnięcie tęczówki.

W jednym przypadku wystąpiła recydywa w dwa tygodnie po szczęśliwem przebyciu cholery u osoby, która uzdrowiona wyszedłszy ze szpitala oddała się pijaństwu; drugi raz zapadłszy odwieziona do szpitala zakończyła w nim życie.

III. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

Prof. Soxhlet: **Chemiczne różnice między mlekiem krowiem a kobiecem i sposoby ich wyrównania.**

Różnica między mlekiem krowiem a kobiecem polega na 1) odmiennem zachowaniu się kazeiny przy skrzepnięciu 2) innej ilości składników mineralnych, przeważnie soli i 3) różnym stosunku właściwych substancyj odżywczych do składników mleka.

Skrzepnienie kazeiny u osesków odbywa się jedynie tylko pod działaniem podpuszczki. Jakość skrzepu zależy od 1) zgęszczenia rozczynu kazeiny 2) ilości soli wapniowych 3) stopnia kwaśności rozczynu.

Mleko krowie zawiera dwa razy tyle kazeiny, sześć razy tyle wapna i ma większy stopień kwaśności, niż mleko kobiece. Przez roztworzenie wodą i odpowiednie zobojętnienie można tak zmienić mleko krowie, że krzepnie podobnie jak kobiece. Mleko zobojętnione nie da się wyjałowić bez znacznych zmian, gdyż rozkłada się cukier mleczny a mleko brunatnieje; dlatego dopiero po wyjałowieniu przed samem podaniem dodaje się do mleka na 100 gramów jednę pastylkę 0·1 węglanu sodowego. Mocne roztwarzanie mleka wodą jest szkodliwe, gdyż mimo zużycia wielkiej ilości takiego pokarmu ilość zużytego białka jest zamałą do odpowiedniego wzrostu ustroju. Przez gotowanie mleka rozpuszczalne sole wapniowe, konieczne do działania podpuszki, stają się nierozpuszczalnemi, przez przymieszkę kwasu lub rozpuszczalnych soli wapniowych wydzielających się z żołądka przywraca się w zupełności a nawet zwiększa się nieco pierwotna ilość rozpuszczalnych soli wapniowych.

Co do składników mineralnych, to mleko krowie ma cztery razy tyle kwasu fosforowego, sześć razy tyle wapna, co kobiece a nadmiar ten wapna jest przyczyną większej zbitości skrzepu kazeiny. Najważniejszą różnicą obu mlek jest odmienny stósunek właściwych substancyj pożywczych a od bezwzględnej ich ilości i od wzajemnego stósunku do siebie zależy odżywienie. Roztworzenie mleka połową tejże ilości 6% rozczynu wodnego cukru mlecznego tworzy mięszaninę zawierającą tyle białka i cukru a o 1,32% mniej tłuszczu niż mleko kobiece. Ten brak prawie trzeciej części tłuszczu, można zastąpić cukrem mlecznym, jako wodanem węgla. Badania Rubnera wykazały, że 100 części tłuszczu są izodynamiczne z 243 częściami cukru mlecznego a więc 1,32% tłuszczu można zastąpić 3,19% cukru mlecznego. Na tej zasadzie chemiczno-fizyologicznej wymyślili Prof. Heubner i Hofmann mięszaninę jednę dla dzieci od 1—9 miesięcy składającą się z równych części mleka krowiego i rozczynu wodnego cukru mlecznego w stósunku 69 gramów na litr wody. Tylko dzieci nader słabe i będące w okresie rekonwalescencyi mają dostawać mięszaninę jednej części mleka a 2 części wodnego rozczynu cukru mlecznego w stósunku 45 gramów na litr wody, dzieci zaś silne 9 miesięczne mogą dostawać czyste mleko. Cukier mleczny jest jedynym wodnikiem węgla, którym się odżywiają zwykle oseski a który jest produktem wydzielniczym samego gruczołu mlecznego. Jedynie tylko cukru mlecznego a nie żadnego innego można używać do tych rozczynów z przyczyny, że 1) opiera się wszelkim sprawom fermentacyjnym, szczególnie fermentowi alkoholowemu, 2) łatwiej się spala, niż inne cukry, resorbuje się powoli, 3) prawie o trzecią część jest słodszy niż cukier trzcinowy, ma więcej cechy środka odżywczego, 4) na krążenie krwi działa szczególnie, podnosi parcie krwi, zwalnia tętno skutkiem działania wprost na zakończenie nerwu błędnego, chemotaktycznie zaś na same ciałka krwi 5) działa przeczyszczająco. *(Münchener Med. Wochschr.)*

Dr. Komorowski.

Schulz: **O zanieczyszczeniu mleka kałem.**

Częste schorzenia osesków po spożyciu mleka krowiego zwróciły uwagę higieników i lekarzy na ten artykuł żywności. Badania na wielką skalę przedsięwzięte wykazały, że mleko, stanowiąc znakomitą glebę do rozwoju mikroorganizmów, jest nośnikiem wielu chorób zaraźliwych ludzkich, jakoteż i zwierzęcych. Oprócz tego wykazał w ostatnich czasach Renk a następnie Schulz, iż mleko zawiera stale mniejszą lub większą domieszkę kału bydlęcego, którego ilość zależy przedewszystkiem od zanieczyszczenia wymienia i sposobu przecedzania. Wyniki badań pod względem ilości świeżego kału w litrze mleka, dokonanych w kilku miastach niemieckich, przedstawiają się, jak następuje:

	Wircburgu,	Lipsku,	Mnichowie,	Berlinie,	Halli
średnio,	15·1	19·0	45·0	51·3	74·60 mg.
maximum	40·5	57·5	139·5	250·0	362·5 mg.

Z tego zestawienia wypada, że mieszkaniec w Halli, spożywając 1—2 litrów mleka dziennie, spożywa średnio

w ciągu miesiąca 4—5 gr. świeżego kału, natomiast w Wircburgu tylko 0·5—1·0. S. twierdzi słusznie, że niedokładne obmywanie wymienia przed dojeniem, jako też brak czystej podściółki w krowiarniach wpływa na zwiększenie się ilości kału. Najważniejszą jednak rolę odgrywa sposób przecedzania mleka po wydojeniu, które dzisiaj w większych mleczarniach dla wygody odbywa się za pomocą sit metalowych. Przyrządy te, posiadające wiele innych zalet, okazują się z powodu przepuszczania cząstek kału jako nieodpowiednie i dlatego sądzi S., że jedynie gęste, czysto wyprane chusty płócienne, t. z. powązki nadają się najlepiej do tego celu.

Badania dalsze Schulza wykazały również, że mleko pochodzące nawet z najzdrowszych krów nie jest zupełnie jałowe t. j. wolne od bakteryj, albowiem zawiera zawsze małe ilości mikroorganizmów, które według S. dostają się z zewnątrz do kanałów strychowych wymienia. Chcąc zatem otrzymać zawsze zupełnie czyste mleko, należy według S. odlać pierwsze, z początku dojenia ze strychów odciągnięte mleko.

(Oznaczanie ilości kału w mleku w Krakowie sprzedawanem jest w toku i będzie później ogłoszone. Przyp. ref.) *(Arch. f. Hyg. XIV.)* *Walentowicz.*

Położnictwo.

V e i t: **Zasady aseptyki w położnictwie.**

W nowszych czasach wiele zabiegów w położnictwie łączy się z pojęciem aseptyki w równem znaczeniu, jak i w chirurgii lub w ginekologii. Gdy jednak ważniejsze operacye z obu ostatnich działów odbywają się przeważnie w klinikach stósownie urządzonych, położnik musi się liczyć z niedogodnościami praktyki po domach prywatnych. Tu zasadą aseptyki jest unikać bądź co bądź wprowadzenia chorobotwórczych zarazków z zewnątrz do części rodnych rodzącej.

W kwestyi tej utrzymuje Ahlfeld, że w etyologii cierpień połogowych główną rolę odgrywa samozakażenie (*Selbst infection)* i dlatego przemawia gorąco za desinfekcyą pochwy i szyjki macicy u każdej rodzącej. Przeciwnie Leopold upatruje główne niebezpieczeństwo w zakażeniu przez ręce położnika i żąda wstrzymania się od badania wewnętrznego, dopóki pewne dopiero stany patologiczne nie dadzą po temu koniecznego wskazania; poleca wszakże równocześnie przy porodzie desinfekcyę części rodnych zewnętrznych.

Wobec tak zasadniczo sprzecznych poglądów wypowiada Veit następujące własne zdania:

Desinfekcya akuszera nie może być nigdy dość ścisłą, przyczem należy zważyć, że niekorzystne rezultaty różnych metod odrażania zwykle nie tkwią w nich samych, ale w ich niedostatecznem przestrzeganiu. Tak n. p. mechaniczne oczyszczanie rąk mydłem i szczotką nie przyda się na wiele, jeźli się zarazem nie pamięta i o paznogciach, lub też gdy więcej oczyszcza się rękę, którą się ma tylko na zewnątrz manipulować zapominając o ręce, którą się wprowadza do przewodu rodnego. Lepiej zatem trzymać się już jednej, raz przyjętej metody (Fürbringera), która zyskała sobie prawo obywatelstwa również i między akuszerkami, niż sprawiać zamięszanie przez wprowadzanie coraz to nowych.

Desinfekcya położnicy tyczy się jużto części zewnętrznych, już też pochwy i szyjki macicznej. Oczyszczenie pierwszych jest rzeczą w każdym razie wskazaną; w praktyce jednak desinfekcya sromu mydłem i szczotką przez 5 minut a następnie jeszcze rozczynem karbolu czy sublimatu nie zawsze jest możliwą. Przy zwykłym zatem porodzie namydla się i zmywa watą lub czystem płótnem, zwłaszcza okolicę łonową i kiszki stolcowej i desinfekcyę tę powtarza się za każdem oddaniem moczu lub kału.

Co do pochwy, to badania Wintera dowiodły, że znajdują się w niej chorobotwórcze mikroorganizmy aż po ujście wewnętrzne, aczkolwiek w stanie osłabienia żywotności. Döderlein odróżnia prawidłową wydzielinę pochwy od patologicznej, wykazując zarazem, że tylko w 9·2% przypadków znajdują się streptokoki, których żywotność dała się okazać przez szczepienie na zwierzętach. Wydzielinę bez przymieszki patologicznej znalazł Burckhardt w 59%, niemal jednozgodnie z badaniami pod tym względem Döderleina i Steffecka; stósunek ten przedstawia się w praktyce prywatnej jeszcze korzystniej. Mimo to spostrzeżenia powyższe skłaniają tak Döderleina, jak i Burckhardta do ostrzegania przed desinfekcyą pochwy a to raz z przyczyny trudności w oczyszczeniu jej, powtóre ze względu na niebezpieczeństwo, że właśnie w ten sposób można zarazki przenieść z miejsc niżej do wyżej położonych.

Radzi też Steffeck zdesinfekcyonować raz najdokładniej szyjkę i pochwę, później zaś przepłukiwać pochwę co 2 godziny.

W kwestyi desinfekcyi pochwy z wydzieliną patologiczną udowadnia Ahlfeld, że możliwym jest stan chorobowy bez wniknięcia zarazków z zewnątrz, przyczem jednak autoinfekcyą należy określić w tej myśli, że znachodzące się w pochwie zarazki pochodzą z zewnątrz, wszakże przed badaniem a zatem i nie z przyczyny położnika. Ahlfeld osiągał lepsze rezultaty po zdesinfekcyonowaniu pochwy, niż bez niego; z drugiej strony obserwował na 100 przypadków, których wogóle nie badano ani nie desinfekcyonowano, 39 z objawami gorączkowymi; wreszcie w przypadkach wiewióra (*gonorrhoë*) poprzednie odrażanie pochwy ani matce ani dziecku (ze względu na śluzoropotok spojówki) pożytku nie przyniosło.

Zdaniem Veita wszelkie zakażenia, od zarazków w pochwie pochodzące a więc na pewno nie za pośrednictwem palca badającego wprowadzone, przebiegają łagodnie i wcale energicznej desinfekcyi pochwy nie wymagają. Tem mniej zachodzi potrzeba desinfekcyi w praktyce prywatnej a staje się ona wprost szkodliwą, jeźli ją przeprowadza położna. Łatwo bowiem w ten sposób dostają się zarazki ze sromu i pochwy do szyjki a nie jest też wykluczoną możliwość intoksykacyi sublimatem; natomiast desinfekcya pochwy jest konieczną w obec spraw rozkładowych podczas porodu, u położnic zakażonych, wreszcie przed operacyami.

Wobec prawidłowego przebiegu porodu można się obejść bez badania wewnętrznego a ograniczyć się, ile możności, do badania zewnętrznego; wewnętrznie badać należy tylko tam, gdzie do tego skłania koniecznie nieprawidłowy przebieg porodu, gdzie zatem badanie to ze względu na dobro rodzącej jest stanowczo wskazanem. Palce należy wprowadzać nie od strony międzykrocza, lecz wprost pod kontrolą oka do pochwy, podczas gdy druga ręka rozwiera wargi. Wynika bowiem z badań Gebharda, że w przypadkach wzdęcia macicy (*tympania uteri)* główną niemal rolę odgrywa *bacterium coli commune*, bezwątpienia po międzykroczu do pochwy a następnie do macicy przeniesione, zwłaszcza w przypadkach nieprawidłowego porodu, w których wielokrotnie badano wewnętrznie.

Wreszcie należy baczyć, by podczas porodu ręka jedna zawsze bezwarunkowo stale była zdesinfekcyonowana, gdy drugiej używa się wyłącznie do zewnętrznych manipulacyj.

Zasady aseptyki w położnictwie mają doniosłe znaczenie, zwłaszcza przy porodach nieprawidłowo przebiegających. Tak wobec krwotoku po porodzie nieraz zbyt pochopnie wprowadza się rękę do jamy macicy dla odklejenia łożyska, co wobec niedokładnego oczyszczenia ręki może groźne wywołać następstwa. Tymczasem należy zważyć, że, jak wykazuje statystyka 50.000 porodów w klinikach, *atonia uteri* zdarza się zaledwo w 0·25% ogólnej liczby; natomiast w wielu przypadkach krwotoki powstają raczej z obrażeń i pęknięć szyjki i pochwy a ustają same przez się w skutek silnej kontrakcyi przewodu rodnego. Należy sobie zatem zdać poprzód sprawę z przyczyny krwotoku i w razie atonii zastósować nacierania; w razie zaś pęknięcia zeszycie i to nawet przed wydaleniem łożyska a tak obejdzie się nieraz bez wprowadzania zbytecznego ręki do macicy. W razie dłuższego zatrzymania się łożyska i potrzeby odklejenia go ręką, należy poprzód przeprowadzić należycie desinfekcyę sromu, pochwy i ręki operującej.

Jasną jest rzeczą, że badanie wewnętrzne jest niezbędne dla praktycznego nauczenia się dyagnostyki porodu; dla wyrobienia jednak sądu, czy i kiedy wewnętrznie badać należy, klinika dostarcza należytego materyału.

W operacyach położniczych schodzi się postępowanie niemal zupełnie z zasadami przyjętemi w chirurgii; zwraca się zatem uwagę w położnictwie głównie na niedopuszczenie zakażenia z zewnątrz w przekonaniu, że szkodliwe czynniki w samym przewodzie rodnym kobiety, ustępują prawie zawsze same przez się, bez działania lekarskiego. *(Berl. klin. Wchschr. 1894. Nr. 3).* *Dr. Leopold Kosiński.*

Choroby zakaźne.

Stoerk: O leczeniu kreozotem gruźlicy krtani i płuc.

S. zaznaczając na wstępie bezskuteczność dotychczasowej terapii gruźlicy, zwraca się także przeciw leczeniu kreozotem, które tak wielkiego doznało rozpowszechnienia. Roztrząsając liczne a często bardzo ze sobą sprzeczne skutki tej terapii, podane przez rozmaitych badaczy, zastanawia się nad tem, jaki cel właściwie zamierzamy osiągnąć kreozotem. Dwie okoliczności mogą tu wchodzić w rachubę. Pierwsza tyczy się antybakteryjnych własności kreozotu. S. sądzi, że ponieważ jest rzeczą niemożliwą, aby kreozot wprowadzić w ustrój w ilości dostatecznej do zabicia lub przynajmniej powstrzymania rozwoju prątków gruźliczych, nie powinniśmy pod tym względem oddawać się złudzeniom. Druga okoliczność odnosi się do pośredniego wpływu kreozotu, który działając na żołądek i jelita ma w ten sposób pobudzić apetyt, podnieść ogólne odżywienie i t. d. Doświadczenie autora zmusza go jednak do wniosku, że i te przypuszczenia są mylne, że nawet w wielkiej liczbie przypadków kreozot pod jakąkolwiek postacią stosowany wprost szkodliwie działa na ustrój. Rzekome dobre wyniki dowodzą jedynie, że są ludzie, obdarzeni tak wytrzymałym żołądkiem, iż p o m i m o używania kreozotu przez czas dłuższy i w dużych ilościach nie tylko nie odnoszą szkody, ale owszem doznają poprawy w odżywieniu, przybierają na wadze, w skutek czego i sprawa gruźlicza nie postępuje dalej a w rzadkich przypadkach może nastąpić wyleczenie. Wiara w lecznicze własności kreozotu jest według S. nieuzasadnioną i niezgodną z naszemi pojęciami fizyologicznemi i biologicznemi.

Wiara ta nie tylko nie ma naukowej podstawy, ale i wielu chorych przyprawia o szkodę. Chorzy tacy pomimo wstrętu do kreozotu, karmieni nim całymi miesiącami, tracą apetyt, odżywienie podupada coraz bardziej a sprawa gruźlicza szerzy się tem łatwiej. W czarnych barwach opisuje S., jak nieraz na wpół umierający pomimo, że do ostatka tylko zgubne odnieśli skutki z kreozotu, chwytają się jeszcze tego środka, wierząc w niego, jak w *specificum.*

Wzywa więc autor, by w tej kwestyi zająć krytyczniejsze stanowisko i by raz koniec położyć prawie wyłącznemu panowaniu środka, który może trudno pomódz a bardzo często zaszkodzić. *(Archiv f. Laryng. 1893.)*

M. Borchardt: Spostrzeżenia nad lasecznikiem influency (Z oddziału prof. A. Fraenkla w Berlinie.)

Od czasu, gdy Pfeiffer ogłosił swe prace nad etyologią influency, bardzo mało ukazało się publikacyj zajmujących się tą kwestyą. Ze strony klinicznej ani nie zaprzeczono, ani nie potwierdzono odkrycia Pfeiffera. Dlatego B. przedsięwziął podczas epidemii tej choroby szereg doświadczeń, które podaje w krótkości. Przypadki badane przedstawiały przeważnie typ nieżytowy, czyli, że głównie narząd oddechowy był dotknięty chorobą. Plwociny stanowią najważniejszy przedmiot do badania. Są one zazwyczaj śluzowo-ropne, zbijające się w kłęby lub czysto ropne. Rzadko tylko występują rdzawe plwociny nawet w formach pneumonii na tle influency a wtedy różnią się od plwocin we włóknikowem zapaleniu płuc tem, że są mętniejsze, i że ciałka ropne znacznie przeważają nad ciałkami krwi czerwonemi. W przypadkach autora starano się zawsze wprzód rozpoznać sprawę klinicznie, zanim przystępowano do badania bakteryologicznego. Przy sporządzaniu preparatów drobnowidzowych zaleca B. jak największą dokładność, jeśli się chce uniknąć pomyłek. Przed badaniem należy plwociny wypłukać w wodzie wyjałowionej, potem część ze środka wyjętą przenieść na szkiełko nakrywkowe, suszyć i barwić rozczynem Ziehla, wreszcie odbarwiać wodą kw. octowym zakwaszoną. W ten sposób badano także plwociny rozmaitych chorych w czasie wolnym od epidemij, szczególnie w atypowych zapaleniach płuc; w tych przypadkach nie znaleziono laseczników Pfeifferowskich. W czasie epidemii badano 50 przypadków z klinicznem rozpoznaniem influency. W 35-ciu znaleziono laseczniki; z tych przypadków 18 przebiegało jako *bronchitis* a 17 jako *bronchopneumonia.* W niektórych przypadkach obok Pfeifferowskich i inne znajdowały się drobnoustroje; często jednak pierwsze wybitnie przeważały lub nawet występywały, jakby w czystych hodowlach. Pod mikroskopem ukazywały się wolne i rozrzucone, rzadziej w komórkach zamknięte, czasem w charakterystycznych szeregach ugrupowane. W plwocinach rdzawych często obok nich napotykano dyplokoki Fraenkla.

Czasem przez kilka tygodni można było spostrzegać laseczniki w plwocinach chorych na influencę. W przypadkach wątpliwych rozstrzygają hodowle. Sporządzone sposobem Pfeiffera przedstawiają odgraniczone, krystaliczno-jasne kolonie. W 15 przypadkach sporządzono hodowle ze skutkiem pomyślnym, raz bez skutku. Użyto do nich plwociny lub wydzieliny oskrzeli, uzyskanej przy sekcyi. We krwi nie znaleziono laseczników Pfeiffera; dlatego autor sądzi, że ciężkie objawy ogólne w influency odnieść należy nie do samych laseczników, ale do resorpcyi taksyn, które wytwarzają. W ogóle spostrzeżenia B. stanowią potwierdzenie prac Pfeiffera. Autor przypisuje im także kliniczną i praktyczną ważność w przypadkach wątpliwych. Przytacza też przypadek, w którym rozpoznanie wahało się między durem brzusznym a influencą; badanie plwocin wykazało laseczniki Pfeifferowskie a dalszy przebieg w zupełności potwierdził rozpoznanie mikroskopowe. *(Berl. kl. Wchschr. Nr. 2. 1894).*
Dr. Schoengut.

Zapiski terapeutyczne.

— Według doświadczenia G. Werrego, docenta chirurgii w uniwersytecie w Cambridge, napady kaszlu, które u mających przepuklinę są tak pospolitą przyczyną przejścia jelit przez otwór przepuklinowy, są zarazem środkiem ułatwiającym znakomicie odprowadzenie uwięzłej przepukliny. Jakoż udało się G. Werremu odprowadzić niejedną uwięzłą przepuklinę pachwinową, która oparła się próbom nawet pod chloroformem ze strony innych kolegów, w ten sposób, iż odprowadzał je podczas ciągłego kaszlu chorego, co Werry tłómaczy sobie tem, iż wysiłki przy kaszlu naprzemian zwężają i rozszerzają pierścień przepuklinowy.
(La semaine médicale. 7. Lutego 1894).

— Na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego paryskiego, odbytem w dniu 3. b. m., zdawali Linossier i Lannois sprawę ze swych doświadczeń nad absorpcyą gwajakolu i wydalaniem go następnie moczem po pomazywaniu nim skóry. Z doświadczeń tych wypada niewątpliwie, iż skóra wsysa gwajakol, który pojawia się w moczu w równej ilości nawet wtedy, gdy osoba do doświadczenia użyta oddycha przez rurkę kauczukową wychodzącą na zewnątrz pokoju, w którym odbywa się doświadczenie. Po pomazaniu skóry dwoma gramami gwajakolu, widzi się tę substancyę w moczu już po kwadransie, po $1^1/_2$ do 4 godzin okazuje się w moczu największa ilość, poczem zmniejsza szybko aż do upływu 6 do 7 godzin. Po 24 godzinach wykazuje rozbiór w moczu tylko ślady gwajakolu. Po użyciu 2 gramów do pomazania skóry wykryto w moczu 1·11 gwajakolu czyli 55·5% ilości użytej do pomazania skóry. Nie ma przeto wątpliwości, że pomazywania skóry gwajakolem można użyć w miejsce zażywania przez żołądek lub wstrzykiwań podskórnych. Rozu-

mie się zresztą samo przez się, że do wessania gwajakolu przez skórę potrzeba pokrycia jej po pomazaniu jaką tkaniną nieprzenikliwą.

— C. Neebe w Hamburgu przekonał się, że najlepszym środkiem przeciw cuchnącemu poceniu się nóg, skuteczniejszym o wiele od używanego powszechnie w Niemczech kwasu chromowego, jest pomazywanie codzienne powierzchni podeszwowych i przestworów międzypalcowych 10°/₀ rozczynem wyskokowym azotanu srebrowego (*argentum nitricum*), dopóki cała skóra w ten sposób pomazywana nie złuszczy się zupełnie w wielkich płatach, co odbywa się zwykle po 8 do 15-krotnem pomazaniu, poczem trzeba jeszcze, ale coraz rzadziej, użyć w ten sam sposób kilka razy owych pomazywań. Neebe twierdzi, że ten sposób prowadzi do zupełnego i trwałego wyleczenia.

— Na posiedzeniu akademii lekarskiej paryskiej odbytem w dniu 6. b. m. wyłożył Poncet w imieniu swem i Jabolaya rzecz o nowym sposobie leczenia wola, zwanym przez siebie egzotyropeksyą.

Operacya ta polega na zwichnieniu na zewnątrz i utrzymaniu w tem położeniu gruczołu tarczykowego całego lub pewnej jego części w celu wywołania jego zaniku.

P. i J. opierają swą metodę terapeutyczną na doświadczeniu w 14 przypadkach, t. j. 5 wolach miąższowych i 9 torbielowych, które oparły się wszelkiemu leczeniu wewnętrznemu a z przyczyny różnych przypadów czynnościowych wymagały leczenia operacyjnego.

Zanik wolów miąższowych nastąpił w 5 do 6 tygodni, zanik zas wolów torbielowych potrzebował czasu znacznie dłuższego. We wszystkich 14 przypadkach operacyę uwieńczył pomyślny skutek.

Pod względem przebiegu pooperacyjnego, wypada nadmienić, że po odsłonięciu wola cała jego powierzchnia pokrywa się płynem surowiczym, żyły na nim nastrzykują się krwią a sam gruczoł nabiera wkrótce barwy czarniawej. Od drugiego dnia żyły zmniejszają swą średnicę, zapadają się, zatykają a koło 8-mego dnia zanik ich jest zupełny. W tym samym razie rana pokrywa się ziarninami a skóra przylega do gruczołu tarczykowego na całym jego obwodzie. Przyczyny zaniku autorowie podać nie umieją; sądzą jednak, iż operacya przez nich proponowana i wykonywana działa przez zniweczenie krążenia krwi żylnego w gruczole.

Obok zmian miejscowych pojawiają się po operacyi, o której mowa, skutki ogólne, w postaci podniesienia się inteligencyi i całej żywotności ustroju.

Co do samego wola, ten albo znika zupełnie albo przemienia się w guzki (*noyaux*) lub torbiele.

Zdaniem autorów egzotyropeksya da się zastósować do wszelkich odmian, tak anatomicznych jak i klinicznych, wola a pytanie, czyby jej nie spróbować w chorobie Basedowa bez przerostu gruczoła tarczykowego.

— W raku odbytnicy zaleca V. Schultz czopki:

19) Rp. *Pyoctanini* 0·06
Opii pulverati 0·005
Butyri de cacao q. s.
ut f. l. a. suppositorium.
Dentur talia suppositoria decem.

S. Co noc przed położeniem się do snu zakładać czopek.
(*La semaine médicale 7. Lutego 1894*).

— W blednicy zaleca Solis-Cohen:

20) Rp. *Liquoris ferri sesquichlorati* 10·00
Acidi phosphorici diluti 15·00
Glycerini 20·00
Aquae oxygenatae 75·00

MDS. Zażywać po łyżeczce od kawy w małej ilości wody trzy razy dziennie przed jedzeniem.
(*La semaine médicale 24. Stycznia 1894*).

— W influency zaleca gorąco E. Graesser antyfebrynę z proszkiem Dowerowym:

21) Rp. *Antifebrini* 0·25
Pulv. Doweri 0·15
M. f. p.
Dentur tales doses decem.

S. Trzy razy dziennie zażywać po proszku.
(*Therapeutische Mtshefte. Styczeń 1894*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 24. Stycznia 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 42.

1) Przewodniczący poświęcił kilka gorących słów pamięci zmarłych członków Towarzystwa: profesora Madurowicza w Krakowie i Dra Rollego w Kamieńcu podolskim i wezwał zgromadzonych do oddania im czci przez powstanie (co się też stało).

2) Na członka czynnego wybrany został Dr. Władysław Reiss.

3) Kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza odczytał sprawozdanie kasowe Towarzystwa za rok ubiegły, który przyjęto.

4) Na wniosek Komitetu Towarzystwa wyznaczono komisyę do rewizyi statutu, w której skład weszli koledzy: prof. Rydel, prof. Mars, doc. Ponikło, doc. Zarewicz, Tyszkiewicz i Kwaśnicki.

5) Kol. przewodniczący przedstawił stan sprawy zapisu ś. p. Dra Jabłonowskiego i odczytał w przekładzie polskim odpis urzędowy testamentu.

6) Kol. prof. Jakubowski miał zapowiedziany odczyt: O punkcyi wodogłowia. Jeżeli w przypadkach typowych, daleko posuniętych rozpoznanie wodogłowia jest bardzo łatwe, to częstokroć przedstawia ono znaczne trudności w początkowych okresach cierpienia, kiedy nawet głowa dziecka nie przedstawia na oko zboczeń pod względem wielkości i kształtu. Dopiero dokładniejsze badanie wykazuje zmiany chorobowe: przez obmacanie przekonać się można, że szwy czaszkowe nie schodzą się, że ciemię mniej lub więcej wypukla się, że brak nad niem tętnienia, oprócz tego naczynia podskórne są rozszerzone i gałki oczne zwykle wypukłe nieco na zewnątrz. Te objawy wystarczają, aby rozpoznać wodogłowie. Jeszcze większą trudność dla lekarza przedstawia leczenie. Używane tu metody sprowadzić się dadzą do 2 głównych: *a*) ucisku systematycznego czaszki, *b*) przekłucia i wypuszczenia płynu. Pierwszej z nich można użyć tylko, póki nie nastąpi skostnienie zupełne kości czaszkowych i stały zrost szwów a zatem wciągu 1—2. roku życia; lecz i w użyciu tego sposobu leczniczego występują częstokroć groźne objawy mózgowe wskutek ucisku (kurcze, opistotonus i t. d.) lub jeżeli uciskanie jest zbyt słabe, pozostaje bez żadnego wpływu. Dlatego metoda ta może oddać usługi, ale w połączeniu z tą drugą t. j. jednoczesnem przekłuciem i wypuszczeniem płynu.

Punkcya wodogłowia nie jest metodą nową. W r. 1843. opisał Anglik West wszystkie do tego czasu wykonane przekłucia wraz z dodaniem swoich; później czas dłuższy o tem zapomniano, dopiero w r. 1883. Dunn zachęcał do punkcyi przy pomocy aspiratora, w r. 1888. opisał tak operowane przypadki Pfeiffer i wkrótce potem Dr. Rean, polecając tę metodę leczniczą, przesłał do pedyatrów odezwę z prośbą o zestawienie wyników wszystkich przypadków, w których użyto przekłucia.

Od r. 1889. wykonał mówca w szpitalu św. Ludwika w 7-miu przypadkach punkcyę wodogłowia. Ilość wypuszczonego naraz płynu była różna, od 30—150 grm. Za miejsce operacyi służyło ciemię wielkie lub też przestwór pomiędzy szwami kości ciemieniowych. Podczas wypuszczania jest rzeczą ważną uciskać stopniowo ręką wierzchołek czaszki, aby nie dopuścić aspiracyi powietrza do wnętrza.

Co się tyczy samej techniki operacyjnej, to za narzędzie używał mówca zwykle trójgrańca niewielkich rozmiarów, który z zachowaniem ostrożności antyseptycznych wbijał do czaszki, poczem zwolna wypuszczał odpowiednią ilość płynu. Dopiero w ostatnich czasach zaczął używać przyrządu, który w tym celu skonstruował razem z Drem Słapą. Jest to rodzaj małego aspiratora ze szklaną kolbką, z której wychodzą dwa dreny gumowe, zaopatrzone w małe zaciskacze; na końcu jednego

z drenów znajduje się trójgraniec, koniec zaś drugiego jest wolny i służy do aspiracyi powietrza z kolby. Wypuszczony płyn dawał zawsze mówca do rozbioru chemicznego.

Pierwszy przypadek tyczył się dziecka 14-to miesięcznego o obwodzie czaszki 76 cm., któremu wykonano punkcyę trzykrotnie i wypuszczono razem 400 gr. płynu; pomimo, że nastąpiło niewątpliwe polepszenie co do stanu mózgu, dziecko zmarło wskutek obustronnego zapalenia płuc.

W drugim przypadku u dziecka 5-cio miesięcznego wypuścił mówca odrazu 150 gr. płynu, poczem 4-go dnia dziecko zmarło wśród drgawek.

W trzecim przypadku (14-to mies. dziecko) zrobiono dwukrotnie przekłucie, raz wypuszczono 10 gr., drugi raz 30 gr.; w parę dni po drugiem przekłuciu matka zabrała dziecko ze znacznem polepszeniem.

W czwartym przypadku dziecku 9-cio mies. wypuszczono 50 gr., po 9-ciu dniach zabrano dziecko do domu.

W piątym przypadku wykonał mówca przekłucie 7 razy, wypuściwszy razem 750 gr.; po ostatniej punkcyi wystąpiła śpiączka i wśród tych objawów dziecko zmarło.

W szóstym przypadku u dziecka 9-cio miesięcznego wypuszczono 50 gr., w tydzień potem nastąpiła śmierć wskutek zapalenia płuc, jak to wykazała sekcya.

Siódmy do dziewiątego przypadek tyczył się dziecka rocznego, któremu wypuścił mowca pierwszy raz 250 gr., w 48 godzin zaś jeszcze 350; w 2 dni potem dziecko zmarło wśród objawów mózgowych.

Wyniki zatem nie są bardzo zachęcające. Pomimo to mówca uważa ten sposób leczenia t. j. przekłucie z następowym uciskiem systematycznym wobec zupełnej bezsilności terapii za najodpowiedniejszy i mogący w szczęśliwych przypadkach dać wyniki korzystne.

Jako główne strony postępowania uważa mówca: 1) idealną czystość operacyjną, 2) wypuszczanie niewielkich ilości naraz, 3) wypuszczanie w znacznych odstępach czasu, 4) przystępywanie do operacyi w okresach cierpienia, o ile można, wczesnych, po dokładnem rozpoznaniu.

W dyskusyi wspomina kol. Trzebicky o przypadku, w którym również wykonał punkcyę wodogłowia. Jakkolwiek przypadek ten zakończył się niepomyślnie, przecież nasuwa uwagę, że należałoby i nadal próbować punkcyi: w przypadku tym istniał zez zbieżny, który w miarę upustu płynu stopniowo się zmniejszał a po wypuszczeniu 500 ctm. sz. znikł zupełnie. Kol. T. sądzi, że operując wcześnie, możnaby prawdopodobnie usunąć stale wszystkie objawy chorobowe; w każdym zaś razie uważa dalsze w tym względzie próby za uzasadnione i wskazane. (Sprawozdanie własne).

Kol. Sroczyński zapytuje się prelegenta o stan dzisiejszy wiedzy co do danych anatomo-patologicznych wodogłowia, gdyż one tylko mogą dać pewne wskazówki co do racyonalnego leczenia choroby. Czy nie gra tu roli przyczynowej sprawa zapalna wyściółki komór mózgowych (*ependymitis*)? Za przypuszczeniem tem przemawiałaby okoliczność, że okuliści tak często znajdują w wodogłowiu zapalenie nerwu wzrokowego. Niemniej ważne byłoby pytanie, jakie w wodogłowiu ma znaczenie niezrastanie się kości czaszkowych, czy ono jest przyczyną przesięku czy też przeciwnie zwiększenie przesięku prowadzi do niezrastania się kości czaszki i jej powiększenia? (Sprawozd. własne).

Kol. Jakubowski jest zdania, iż nagromadzenie się płynu i niezrastanie kości, są to sprawy przyczynowo odrębne. Co się zaś tyczy etyologii, to w powstawaniu wrodzonego wodogłowia treść sprawy tkwi w zmianach w ścianach naczyń włosowatych mózgu, zmianach, które mogą być zapewne i pochodzenia zapalnego, chroniczne zaś wodogłowie powstaje najczęściej z wrodzonego, które początkowo przebiegało skrycie. Wreszcie kwestye te wychodzą poza ramy dyskusyi nad wygłoszonym odczytem, którego treścią jest tylko leczenie wodogłowia za pomocą punkcyi.

Kol. prof. Korczyński Edward zapatruje się na sprawę powstawania wodogłowia nieco odmiennie. Przyczyną wodogłowia wrodzonego nie może być przekrwienie czynne, które nie sprawia nigdy wysięku, nawet w takich przypadkach, gdzie dochodzi do pęknięcia naczynia; prędzej już winićby można przekrwienie bierne, dla którego w łonie matki znaleść się mogą korzystne okoliczności. Jest jednak cały szereg przypadków wodogłowia, w których przyczyny wykazać nie można; być może, są one następstwem spraw zapalnych w życiu wewnątrz-macicznem. Pewną w tej mierze odpowiedź dałoby może badanie szczegółowe wyściółki komórek i błon mózgowych.

Co się tyczy wodogłowia nabytego, to w niektórych przypadkach można się zgodzić z kol. prelegentem, iż były one wrodzone, tylko początkowo przebiegały skrycie tak, iż nie zauważano ich, lecz zdarza się zarówno, że wodogłowie rozwija się dopiero z czasem u dzieci, które urodziły się stanowczo zdrowe. Tu więc należy przypuścić, jeżeli nie we wszystkich, to w przeważnej części przypadków naturę zapalną, analogicznie do zapaleń innych błon, jak opłucny, przebiegających bardzo często skrycie i uwidoczniających się dopiero wówczas, kiedy jest już gotowy wysięk. Sprawy takie są często pochodzenia gruźliczego. Podobnież puchlina brzuszna bardzo często nie jest przesiękiem, lecz wytworem zapalenia surowiczego otrzewny, która powstaje niepostrzeżenie bez widocznej przyczyny, lub jak to twierdzą, u kobiet w następstwie przekrwień miesiączkowych lub utajonych zapaleń okołomacicznych.

Pewne kryteryum w tej mierze daje nam z jednej strony badanie chemiczne wypuszczonego płynu, gdyż jak wiadomo, większa ilość w nim białka i większy ciężar gatunkowy przemawiają za przyrodą zapalną, mniejsze zaś za przesączynową, z drugiej strony, badanie drobnowidzowe, kierujące się głównie ilością komórek śródbłonkowych, których obfitość wskazuje na obecność sprawy zapalnej. Dlatego też trzeba badać płyn z różnych rodzajów wodogłowia lub z różnych jego okresów i porównywać ze składem prawidłowego *liquoris cerebro-spinalis*. To nam wyjaśni częstokroć wątpliwość przyrody tej sprawy chorobowej. Tak n. p. w jednym przypadku kol. prelegenta rozbiór płynu wydobytego przekonywa nas, że wodogłowie po punkcyi dopiero stało się zapalne (*meningitis serosa*) a przedtem było przesączynowem.

Kol. Mars zwraca uwagę, że przekrwienie narządu płciowego, co przytoczył dla porównania kol. Korczyński, ma odmienne znaczenie niż w innych organach, gdyż części płciowe pod względem naczyniowym tak są zbudowane, iż do nawałów krwi okresowych, fizyologicznych są niejako przygotowane. Co się tyczy zapalenia otrzewny surowiczego (*peritonitis serosa*), to najczęstszą przyczyną u panien jest zdarzające się dość często dostanie się krwi miesiączkowej do jamy otrzewny z trąbek i to w tych przypadkach, gdzie działały szkodliwe wpływy podczas menstruacyi, przyczem system mięśniowy narządu płciowego został pobudzony. (Sprawozd. własne).

Kol. Cybulski zwraca uwagę, że ze stanowiska fizyologicznego płyny przesączynowe właściwie nie istnieją, każdy bowiem płyn t. zw. surowiczy, posiada właściwy sobie skład chemiczny, w różnych przypadkach nader odmienny i raczej może być uważany za swoistą wydzielinę danego narządu; takim jest *liquor cerebrospinalis*. Dlatego też dla wyjaśnienia przyczyn wodogłowia niezbędne byłoby badanie z jednej strony cieczy, z drugiej samych błon mózgowych i tylko na tej drodze spodziewać się można wyjaśnienia sprawy. (Sprawozd. własne).

Kol. Gluziński wyraża zdanie, iż zasada ogólna odróżniania płynów przesączynowych od zapalnych, jaką się kieruje w patologii, tu w zupełności zastósować się nie da, gdyż płyn wodogłowia nie ma cech ani jednych ani drugich, lecz odrębne, sobie właściwe, jak że zawiera białko, cukier i t. d.; dlatego też rozbiór chemiczny tylko da tu mało światła. Prawidła, jakie znamy dziś dla przesączyn, nie dadzą się wprost tutaj zastósować; trzebaby odrębnych badań ze zwróceniem uwagi na zmiany składu płynu w rozmaitych okolicznościach patologicznych, jak n. p. przekrwieniu czynnem, zastoinach, zapaleniach i t. p. (Sprawozd. własne).

Kol. Walentowicz wspomina o wodogłowiach u zwierząt, nadmieniając, że często krowy rodzą cielęta nietylko wodogłowe, lecz i dotknięte puchliną jamy brzusznej i tkanki podskórnej (*ascites* i *anasarca*), zwane przez Niemców: *Dunstkälber* lub *Wasserkälber*; płyn jest surowiczy, o nader małym ciężarze gatunkowym. (Sprawozd. własne).

Kol. Słapa wątpi, aby płyn w wodogłowiu mógł być uważany za swoistą wydzielinę mózgu, gdyż po wypuszczeniu dość szybko się zbiera, komórki więc nie byłyby w stanie wytworzyć go tyle. Wbrew przypuszczeniu kol. Korczyńskiego twierdzi, iż w tym przypadku kol. Jakubowskiego na sekcyi stanowczo nie znaleziono żadnych oznak zapalenia.

Kol. Cybulski wyjaśnia, że zbieranie się na nowo płynu po wypuszczeniu nie przeczy bynajmniej temu, iżby komórki go wytwarzały, ponieważ po wypuszczeniu zmniejsza się ucisk tkanki a więc poprawiają się warunki produkcyi.

Na tem posiedzenie zakończono, gdyż z powodu późnej pory odczyt kol. Rościszewskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

†

V. Prof. Teodor Billroth.

Dnia 6. b. m. skończył Billroth swój żywot a żal ogólny odezwał się po tak wielkiej stracie dla nauki całego świata. Dzieła jego powszechnie są znane; z długiego szeregu prac jego wymieniam tylko ogólną chirurgię i rozprawę o *coccobacteria septica*, jako najważniejsze.

Wielką jego zasługę stanowi, że prócz wynalezienia, udoskonalenia i ustalenia niejednej nowej operacyi, zajmował się ogólnemi zagadnieniami patologii i chirurgii i przyczynił się dużo do wyszukania i utorowania nowych szlaków nauce naszej.

Prócz chirurgii był wielkim miłośnikiem i znawcą muzyki. W ostatniej swej chorobie, kiedy już tylko z trudnością mógł podejść do sali koncertowej, jeszcze w muzyce szukał ulgi dla swego cierpienia.

A były to cierpienia ciężkie, jak zwykle pod koniec choroby sercowej. Billroth sam je opisuje w liście noworocznym do przyjaciela swego Hanslika: *Mein armes, ganz erschlafftes Herz arbeitet so mühsam, die ihm zuströmende Blutwelle weiter zu befördern, dass ich sein Stöhnen fühle... Meine Kräfte sind zu Ende. Dann kommt die Digitalis-Peitsche! Lange kann das nicht mehr so fortgehen.*

Billroth urodził się na wyspie Rugii, w miasteczku Bergen 1829. r. Rodzice jego byli szwedzkiego pochodzenia a babka francuzką. Studya medyczne odbywał w Gryfii, Berlinie i Gietyndze. Po odbyciu podróży za granicę został asystentem u Langenbecka, zkąd go powołano na profesora chirurgii do Zurychu. W r. 1867. został powołany po śmierci Schuha do Wiednia i tak pokochał nową swoję ojczyznę, że nie przyjął zaproszenia do Berlina na katedrę po Langenbecku.

Umarł w Abbazyi, gdzie dość często szukał odpoczynku. Dziwnie się to jakoś złożyło, że tam właśnie umarł. Opisując tę miejscowość klimatyczną w początkach jej rozwoju jeszcze w r. 1885.. tak się odzywa Billroth: *Was meine persönliche Empfindung betrifft, so muss ich freilich sagen, dass es ein Lieblingswunsch von mir ist, auf einem Balkone mit dem Blicke aufs Meer und auf die Berge mich kommod zum Sterben zurecht zu legen und ruhig das allmälige Stillstehen meiner Maschine zu beobachten, bis die Träume beginnen, die uns ins Nichts hinüberführen. Das denke ich mir jedenfalls erträglicher, als mitten in der Stadt bei Fiakerrasseln und Tramwayklingeln in den letzten Stunden nach Luft zu ringen und dafür nur Dunst und Staub einzuathmen.* Tak więc przynajmniej co do miejscowości spełniły się jego życzenia.

Billroth był bardzo dobroczynnym i tak n. p. dodał około 50.000 złr. na wydoskonalenie urządzeń w *Rudolphiner-Haus*, również znacznie przyczynił się do powstania własnego domu Towarzystwa lek. wiedeńskiego.

Żal powszechny wywołała śmierć Jego; sława dobrze zasłużona pozostanie Mu na zawsze.

Kraków dnia 10. Lutego 1894. *Prof. Rydygier.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 15. Lutego 1894 r.

— Według najnowszych dat statystycznych jest w Paryżu 2208 lekarzy, zamieszkałych więcej w dzielnicach bogatych, niż ubogich. Jeden lekarz przypada przeto mniej więcej na 1000 mieszkańców, co jest znacznie mniej, niż w Krakowie, gdzie samych lekarzy cywilnych jest 2 ‰ ludności.

— Rechter i Legros próbowali do desinfekcyi mięszaniny gazowej Picteta t. j. mięszaniny w pewnym, oznaczonym stosunku bezwodnika kwasu siarkawego i bezwodnika kwasu węglowego, utrzymywanej w stanie płynnym pod ciśnieniem 3 ½ atmosfer w cylindrach z blachy stalowej, a użytej bez dodania pary wodnej. Z prób tych wypada, że użycie mięszaniny Pictetowskiej jest o wiele łatwiejsze, niż każdego innego środka przeciwgnilnego, że ciśnienie i działanie desinfekcyjne są znacznie większe, niż przy spaleniu siarki. Desinfekcya przeto mieszkań, ubrań, pościeli, mebli i t. d. odbywa się tą mięszaniną o wiele dokładniej, niż przez wycieranie i mycie rozczynem kwasu siarkawego. Dla dokładności desinfekcyi potrzeba, by w lokalach umyślnie do niej przeznaczonych ściany były powleczone parafiną, w mieszkaniach zaś wymagających przypadkowo desinfekcyi szpary i fugi w drzwiach zalepione papierem powleczonym gumą arabską.

— Przewodniczącym międzynarodowej Komisyi sanitarnej, która w dniu 7. b. m., jak wiadomo, rozpoczęła swe narady w Paryżu, jest Casimir-Périer, francuski minister spraw zagranicznych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Genewa. Dr. Józef Profeta, profesor Wydziału lekarskiego w Palermo, mianowany zwyczajnym profesorem dermatologii i syfiligrafii. Kijów. Dr. A. Oboleński, profesor nadzwyczajny medycyny sądowej, mianowany profesorem zwyczajnym. Moskwa. Dr. Morochowicz mianowany profesorem fizyologii. Piza. Prof. Jan Chrzciciel Queirolo z wydziału lekarskiego w Genui, mianowany profesorem kliniki lekarskiej. Dr. A. Nannotti, mianowany docentem patologii chirurgicznej. Praga. Doc. prywatny oftomologii Dr. J. Deyl, mianowany profesorem nadzwyczajnym czeskiego Uniwersytetu. Valladolid. Prof. w Jantjago Antoni Simonena y Zabalegui mianowany profesorem kliniki lekarskiej. Bazylea. Profesor Bumm z Wircburga, mianowany następcą prof. Fehlinga na katedrze ginekoogii i położnictwa.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Chicago w Stanach Zjednoczonych półn. Ameryki zmarł nagle u jednego ze swych pacyentów w dniu 23. Stycznia b. r. Dr. Kazimierz Rewkowski. Liczył około 50 lat wieku. Pochodził z Litwy, służył w wojsku a następnie ukończył Wydział lekarski w Petersburgu. Jako lekarz odbył kampanię rosyjsko-turecką w r. 1877/8 i był następnie lekarzem powiatowym w Biłgoraju. Przed 9 laty przybył do Ameryki i osiadł w Chicago, gdzie zjednał sobie szacunek i wybitne stanowisko w tamtejszej kolonii polskiej tak, że nagły zgon jego wywołał żal powszechny. Nad mogiłą jego przemówił bardzo serdecznie Dr. Midowicz. — August Hirsch, znany profesor szczegółowej patologii i terapii tudzież historyi medycyny w Berlinie. — P. Peremejko, wysłużony profesor histologii i embryologii w uniwersytecie kijowskim. — F. Frankenhäuser, były profesor położnictwa i ginekologii w Zurychu.

Redakcya otrzymała:

Karol Rychliński: Anormalny pączek włókien nerwowych na dnie 4. komory. Warszawa 1894. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Sprawozdanie ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem za rok 1892. Lwów 1893.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 21. Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem wygłoszone będą następujące odczyty: 1) kol. prof. Rydygier: *Z chirurgii żołądka i jelit* (z przedstawieniem chorych); 2) kol. prof. Rydel: *Kilka słów o mechanicznem leczeniu jaglicy* (z okazaniem narzędzia); 3) kol. prof. Walentowicz okaże rzadki przypadek promienicy; 4) Dyskusya nad odczytem kol. Rościszewskiego, odbytym na ostatniem posiedzeniu Tow. lek. krak.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2114.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lutego b. r. 73—3—3

L. 1410. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia jednej lub więcej posad lekarzy powiatowych w randze IX. względnie X. klasy, ewentualnie posad asystentów sanitarnych w galicyjskiej służbie zdrowia, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem **do 1. Marca b. r.**

Kandydaci mają swoje podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. l: 37. Dz: ust: pań:, oraz w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci będący w czynnej służbie państwowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 7. Lutego 1894.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.